

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

164

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 11 janvier 1900, à 1 heure*

Par RENÉ DELISLE

Né au Boupère (Vendée) le 5 décembre 1873

DE LA

TRANSFORMATION MALIGNE  
DES NŒVI

*Président* : M. CORNIL, *professeur*.

*Juges* { MM. WIDAL, *professeur*.  
TEISSIER et LAUNOIS, *agregés*.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties  
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900



164

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1900

# THÈSE

N°

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 11 janvier 1900, à 1 heure*

Par RENÉ DELISLE

Né au Boupère (Vendée) le 5 décembre 1873

---

DE LA

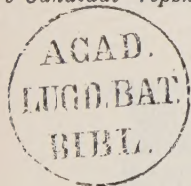
## TRANSFORMATION MALIGNE DES NŒVI

---

*Président : M. CORNIL, professeur.*

*Juges { MM. WIDAL, professeur.  
TEISSIER et LAUNOIS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



---

PARIS  
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

---

1900

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |               |
|------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Doyen.</b> . . . . .                                                | M. BROUARDEL  |
| <b>Professeurs</b> . . . . .                                           | MM.           |
| Anatomie. . . . .                                                      | FARABEUF.     |
| Physiologie . . . . .                                                  | CH. RICHET.   |
| Physique médicale. . . . .                                             | GARIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                           | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                   | BLANCHARD.    |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         | BOUCHARD.     |
| Pathologie médicale. . . . .                                           | DEBOVE.       |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                       | HUTINEL.      |
| Anatomie pathologique. . . . .                                         | LANNELONGUE   |
| Histologie. . . . .                                                    | CORNIL.       |
| Opérations et appareils. . . . .                                       | MATHIAS DUVAL |
| Matière médicale et pharmacologie. . . . .                             | TERRIER.      |
| Thérapeutique . . . . .                                                | POUCHET.      |
| Hygiène . . . . .                                                      | LANDOUZY.     |
| Médecine légale. . . . .                                               | PROUST.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    | BROUARDEL.    |
| Pathologie expérimentale et comparée . . . . .                         | N.....        |
| Clinique médicale. . . . .                                             | CHANTEMESSE.  |
| Maladie des enfants. . . . .                                           | POTAIN.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . | JACCOUD.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               | HAYEM.        |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      | DIEULAFOY.    |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         | GRANCHER.     |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      | JOFFROY.      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     | FOURNIER.     |
| Clinique d'accouchement. . . . .                                       | RAYMOND.      |
|                                                                        | BERGER.       |
|                                                                        | DUPLAY.       |
|                                                                        | LE DENTU.     |
|                                                                        | TILLAUX.      |
|                                                                        | PANAS.        |
|                                                                        | GUYON.        |
|                                                                        | BUDIN.        |
|                                                                        | PINARD.       |

## Agrévés en exercice.

|                |              |           |           |
|----------------|--------------|-----------|-----------|
| <b>MM.</b>     | DESGREZ      | LEJARS    | THIROLOIX |
| ACHARD.        | DUPRÉ        | LEPAGE    | THOINOT   |
| ALBARRAN.      | FAURE        | MARFAN    | VAQUEZ    |
| ANDRÉ          | GAUCHER      | MAUCLAIRE | VARNIER   |
| BONNAIRE       | GILLES DE LA | MENETRIER | WALLICH   |
| BROCA (AUG.)   | TOURETTE     | MERY      | WALTHER   |
| BROCA (ANDRÉ). | HARTMANN     | ROGER     | WIDAL     |
| CHARRIN        | LANGLOIS     | SEBILEAU  | WURTZ     |
| CHASSEVANT     | LAUNOIS      | TEISSIER  |           |
| DELBET         | LEGUEU       | THIERY    |           |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Membre de l'Académie de Médecine.

Sénateur.

Chevalier de la Légion d'honneur.

— 4 —

DE LA

## **TRANSFORMATION MALIGNE DES NŒVI**

### **INTRODUCTION**

Avant d'entrer dans l'étude de notre sujet, nous tenons à remplir un devoir dont l'accomplissement nous est agréable, en remerciant tous nos maîtres à qui nous sommes redevables de tout ce que nous avons pu apprendre et en leur témoignant notre profonde reconnaissance.

Nous adressons tous nos remerciements à Monsieur le Docteur Gaucher, professeur agrégé à la Faculté de médecine, dans le service duquel nous avons passé une année en qualité de stagiaire et où nous avons puisé les premiers éléments de la Clinique médicale, en même temps que les premières notions de la dermatologie.

Que Monsieur le Docteur Tuffier, professeur Agrégé à la Faculté de médecine, veuille bien recevoir ici le faible témoignage de notre reconnaissance, pour la sympathie qu'il nous a toujours montrée, c'est à lui que nous devons

presque entièrement nos connaissances chirurgicales et nous tenons à lui adresser nos remerciements bien sincères.

Nous devons un pareil témoignage de reconnaissance à Monsieur le Docteur Bar, professeur agrégé à la Faculté de médecine, accoucheur des Hôpitaux, et à Monsieur le Docteur Moizard pour tout ce qu'ils nous ont enseigné.

Que Monsieur le professeur Cornil, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui adresser ici l'hommage de notre profond respect.

## ÉTUDE D'ENSEMBLE DES NŒVI

Aucune affection ne possède une synonymie plus riche que les nœvi. On les appelle vulgairement *taches, signes de naissance, envies*, etc. Ces appellations communes s'appliquent cependant à deux catégories de lésions, absolument distinctes de structure, mais toutes deux congénitales. Nous voulons parler des nœvi vasculaires et des nœvi pigmentaires.

1° *Nœvi vasculaires*. — Ce sont des angiomes cutanés qui peuvent se présenter tantôt sous forme de taches, tantôt mais plus rarement, sous forme de tumeurs.

Les premiers sont des angiomes cutanés simples. Au point de vue de la coloration, on en reconnaît deux variétés : *a*) Les angiomes artériels de Broca (1), d'un rouge vif ; *b*) Les angiomes veineux, d'un rouge très sombre, violacé ou même bleuâtre.

Leur coloration disparaît sous l'influence de la pression, pour reparaitre aussitôt après. Cependant, si l'on a soin de comprimer l'angiome avec une lame de verre transparente (2), on peut voir qu'un fin piqueté rouge persiste sur le fond devenu blanchâtre.

1. Broca. *Traité des Tumeurs*, t. II.

2. Pierre Delbet. *Tr. de chir. de Le Dentu-Delbet*. Tome I<sup>er</sup>, p. 451.

Les contours de ces angiomes sont rarement nettement dessinés. Presque toujours ils sont irréguliers, sinueux, vagues, indécis, la tache se confondant insensiblement avec la peau normale avoisinante.

L'évolution de ces taches est fort variable : Parfois, il arrive qu'elles pâlisent progressivement et finissent par disparaître sans laisser de traces. Généralement elles persistent toute la vie sans subir aucune modification. Rarement, elles donnent naissance à de véritables tumeurs cirsoïdes.

Les œvi vasculaires, au cours de leur évolution, peuvent s'ulcérer. Nous verrons plus loin l'importance qui s'attache à ce processus qui, dans certains cas, surtout chez les personnes jeunes, peut être un commencement de guérison, mais qui, chez d'autres enfants, peut amener la mort. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, de l'ulcération symptomatique d'une dégénérescence maligne, auquel cas sa signification est toujours sévère.

La deuxième variété d'angiomes cutanés est représentée par les angiomes caverneux qui constituent de véritables tumeurs. Ces tumeurs n'ont en général ni l'étendue, ni l'aspect des taches. Elles sont beaucoup plus petites, grosses à peine parfois comme une tête d'épingle, d'un rouge vif, ou d'une nuance tirant sur le violet ou même sur le noir.

Leur volume, leur forme plus ou moins bosselée, leur aspect chagriné leur ont fait valoir les dénominations de mûres, cerises, framboises, etc. Elles sont généralement sessiles, plus rarement pédiculées.

Elles possèdent beaucoup plus que les taches, le caractère de l'*érectilité*. La tumeur devient fréquemment le siège d'une turgescence marquée, sous l'influence d'un cri, d'un effort, ou d'une simple émotion morale. La couleur devient plus foncée pendant l'augmentation de volume. La consistance varie naturellement suivant ces différents états : lorsque la tumeur est gorgée de sang, elle devient plus consistante, se tend et présente une certaine rénitence ; lorsqu'elle se vide, au contraire, soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression artificielle, elle se ramollit et devient flasque. Ce phénomène est très net dans les angiomes caverneux qui siègent sur l'une des lèvres.

1° *Nœvi pigmentaires*. — Comme les précédents, les *nœvi pigmentaires* se présentent tantôt sous forme de taches, tantôt, mais beaucoup moins souvent, sous forme de tumeurs.

Les *taches* se rencontrent un peu partout sur la surface du corps, mais de préférence à la face, au cou, sur le dos des mains, aux fesses. Leur couleur varie du jaune au noir, en passant par tous les intermédiaires.

Leur surface est tantôt lisse et unie, tantôt rugueuse, chagrinée, et souvent recouverte de poils généralement longs et soyeux.

Les *nœvi hypertrophiques* sont de petites tumeurs, saillantes et noires, tantôt lisses, tantôt rugueuses et mamelonnées, couvertes de poils qui, contrairement à ce que nous avons dit pour les taches, sont noirs et rudes, disposés parfois en longues houppes frisées.

La plupart du temps, l'évolution des *nœvi pigmentaires*

comme celle des *nœvi* vasculaires, est simple et ces taches persistent indéfiniment sans subir aucune modification.

Quelquefois, elles sont envahies par la graisse et forment de véritables lipomes intradermiques : *nœvi lipomatodes* décrits par Walther, Laboulbène, Larcher, etc. Enfin, chose moins rare, ces *nœvi* peuvent subir la dégénérescence maligne, dont l'étude sera l'objet de l'un des chapitres qui vont suivre.

*Fréquence des nœvi.* — D'après Hugues (1), sur soixante-cinq enfants de huit mois à un an, examinés dans le service de M. le Docteur Variot, à l'hôpital des enfants assistés, cinq seulement ne présentaient pas de *nœvus* et encore, pour ces derniers, l'examen n'aurait pas été suffisamment rigoureux.

Filaudeau (2) a donné dans sa thèse deux statistiques intéressantes :

La première statistique faite à l'hôpital de Nantes, a, porté sur cent vingt-trois sujets, dont quarante-cinq femmes et soixante-dix-huit hommes.

Sur les quarante-cinq femmes, quarante-deux présentent des *nœvi* punctiformes, en plus ou moins grand nombre.

Dix d'entre elles avaient des taches d'au moins trois millimètres de diamètre. Chez une seulement, il y avait une tache de plus d'un centimètre. Sur trois femmes, on

1. Hugues. *Des nœvi pigmentaires*. Thèse Paris, 1889-1890.

2. Filadeau. *Des nœvi et particulièrement des Nœvi pigmentaires*. Th. Paris, 1892-93.

n'a pu découvrir aucun nævus : c'étaient justement trois femmes très blondes.

Sur les soixante-dix-huit hommes, soixante-dix étaient porteurs de nævi. Chez dix d'entre eux, les taches avaient trois millimètres de diamètre et plus, et deux taches avaient plus d'un centimètre. Chez douze sujets on n'a pu découvrir aucun nævus.

Ainsi donc, sur cent vingt-trois sujets, cent huit étaient porteurs de taches.

La deuxième statistique a été faite par Filaudeau à l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon. Elle a porté sur cent trente sujets, dont soixante femmes et soixante-dix hommes.

Sur les soixante femmes, cinquante-huit portaient des nævi et quarante-six d'entre elles étaient marquées au visage. Dix-neuf avaient des taches d'au moins trois millimètres de diamètre. Deux femmes seulement ne présentaient aucun nævus.

D'autre part, sur les soixante-dix hommes, soixante-deux avaient des nævi qui, chez quinze d'entre eux, atteignaient ou dépassaient trois millimètres de diamètre. Huit sujets ne portaient pas de taches appréciables.

Donc, sur cent trente sujets, cent vingt étaient porteurs de nævi.

Nous nous trouvons ainsi en présence de deux statistiques portant sur un ensemble de deux cent cinquante trois sujets, pris au hasard. De ce nombre, deux cent vingt-huit portaient des taches bien apparentes et vingt-cinq seulement ne présentaient pas de taches visibles.

Ces statistiques nous apprennent également que les

nœvi sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, puisque sur cent cinq femmes, cent portaient des taches, tandis que sur cent quarante-huit hommes, vingt ne présentaient pas de nœvi, soit pour les premières une proportion de près de cinq pour cent et pour les seconds une proportion de plus de quinze pour cent.

Les femmes sont de plus très fréquemment marquées au visage : la statistique nous donne en effet la proportion de quarante-huit sur cinquante-huit.

*Nombre des nœvi.* -- Le nombre des nœvi est très variable.

D'une façon générale, on note la confluence des taches chez les sujets bruns chez qui du reste, la pigmentation est plus accusée, d'où une coloration qui approche plus souvent du noir. Chez les personnes blondes, au contraire, la teinte la plus fréquente est le jaune clair.

Les auteurs ont rapporté des cas de confluence extrême des nœvi, chez un même individu. Telle par exemple, l'observation de De Amicis (1) ayant trait à une jeune fille de dix-sept-ans, très brune, dont les téguments étaient criblés de centaines de nœvi plus ou moins foncés, disséminés irrégulièrement, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un haricot et dont quelques-uns portaient des poils. Il y en avait un dans la paume de la main ayant les dimensions d'une pièce de vingt centimes.

Filaudeau rapporte l'observation d'une femme âgée de cinquante-deux ans, de teint brun, sur laquelle il avait pu compter quatre-vingts nœvi, dont vingt sur le ventre,

1. De Amicis, *Il novimento medico. Chir. Napoli, 1875.*

et la partie inférieure de la poitrine, variait de cinq millimètres à un centimètre de diamètre.

*Dimensions des nævi.* — Le volume des nævi est variable à l'infini, depuis les taches à peine perceptibles jusqu'aux plaques extraordinaires qui dans certains cas, couvrent une grande partie du corps, les deux fesses, par exemple, ou la moitié de la face.

Les observations de ce genre ne sont pas rares dans la science. Rappelons seulement celle désormais classique de Geoffroy Saint-Hilaire, ayant trait à un enfant dont la partie inférieure du dos, les lombes, la région fessière étaient couvertes d'une peau noirâtre, rugueuse, creusée par endroits de sillons profonds dont quelques-uns présentaient l'aspect de cicatrices. Ça et là il y avait des touffes de poils courts, raides et assez serrés rappelant la peau du cochon. En outre les membres, la face et tout le reste du corps et même une partie du cuir chevelu étaient parsemés d'une multitude de taches. Le fond de la peau, là où elle n'était pas altérée, était très blanc (1).

Une autre observation, analogue à la précédente, est celle d'un jeune homme (2) de vingt-deux ans, très robuste, porteur d'un vaste nævus en forme de caleçon de bain et ayant en avant et à droite, soixante-cinq centimètres en avant et à gauche, quarante-six centimètres de hauteur.

1. Geoffroy Saint-Hilaire. *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisme, chez l'homme et chez les animaux*, 1832.

2. *Deutsch medic. Wochenschrift*, in *Revue des Sc. médicales*.  
Tome 35.

Alibert (1) cite le cas d'une jeune femme qui était couverte sur toutes les parties du corps que cachent d'ordinaire les vêtements, de poils noirs, épais, semblables à ceux du chien barbet. La peau qui supportait ces poils était noire, comme celle du nègre. Au contraire, les parties du corps exposées à l'air étaient de couleur normale.

Le même auteur cite le cas d'un jardinier surnommé « la taupe » et qui portait sur le front un vaste nœvus simulant la peau de cet animal.

Le malade qui fait l'objet de notre troisième observation, était porteur, d'un énorme nœvus qui lui couvrait toute la moitié droite de la face et qui l'avait fait surnommer le « berger rouge ».

Nous ne saurions naturellement rapporter tous les cas de nœvus extraordinaires qui existent dans les auteurs et qui constituent de véritables curiosités tératologiques.

1. Alibert. *Monographie des Dermatoses*, T. II p. 729.

## ÉTUDE HISTOLOGIQUE DU NŒVUS

### A). — Structure du nœvus vasculaire.

Sur une coupe, on voit l'épiderme avec ses différents plans de cellules, à peine modifiées.

Les papilles du derme sont augmentées de volume. Elles sont remplies d'un véritable tissu caverneux et séparées de l'épiderme par une couche de tissu conjonctif très homogène renfermant quelques cellules.

Le tissu caverneux sur la coupe, est représenté par un grand nombre de cavités vasculaires qui, ayant été sectionnées dans des directions différentes, présentent tantôt la forme ronde ou ovale, tantôt une forme allongée ou sinueuse. Ces cavités sont remplies de globules rouges et de quelques leucocytes.

Dans les points, où plusieurs cloisons se réunissent, on voit fréquemment des amas de cellules bien colorées par le carmin et qui sont probablement des capillaires en voie de formation.

Les vaisseaux du derme sous-jacents au tissu caverneux présentent des parois épaissies. A part cela, le derme est à peu près normal. Les follicules pileux, quand il y en a, sont assez souvent augmentés de volume, tandis qu'au

contraire, les glandes sudoripares sont presque toujours en voie d'atrophie.

### B. — *Structure du Nævus pigmentaire.*

C'est au regretté professeur Laboulbène (1) que l'on doit les premiers travaux importants sur la structure intime du nævus. C'est lui qui a donné des dimensions aux granulations pigmentaires, signalé leur groupement et les mouvements browniens dont elles sont animées, et fait remarquer qu'elles sont mélangées de matière amorphe et de jeunes cellules épithéliales, arrondies et pourvues de noyaux.

Après lui, un auteur allemand Geber (2) constate la tuméfaction des cellules de l'endothélium des vaisseaux et la présence de granulations pigmentaires dans ces cellules.

M. Galliard (3), en 1880 insiste sur l'hypertrophie du corps papillaire du derme et sur l'infiltration des cellules profondes de l'épiderme par du pigment.

Depuis, les Nœvi ont été l'objet d'une étude spéciale de la part de bien des auteurs. Bornons nous à citer les thèses qui ont été soutenues à cette Faculté dans les

1. Laboulbène. *Sur le Nævus en général et sur une modification particulière et non décrite, observée sur un Nævus de la paupière inférieure.* Thèse Paris. 1854.

2. Geber. *Ueber eine dell. forme non nævus des Autoren.* in *Rev. des Sc. méd.* 1875, p. 562.

3. Galliard. *Sur un cas de Nævus pigmentaire lichénoïde génér.* *Annales de Derm. et de syphilig.* 1880. N° 3.

deux dernières années : celles de Hugues (1889-90), de Renoul (1891-92) et de Filaudeau (1892-93).

La meilleure façon de comprendre la structure du nævus pigmentaire, c'est de passer en revue les diverses parties qui le constituent et de voir en quoi elles diffèrent des éléments analogues qui entrent dans la composition de la peau normale.

1° *Epiderme*. — La couche cornée de l'épiderme n'offre rien de spécial. Il n'en est pas de même du corps muqueux de Malpighi.

L'épaisseur de cette couche muqueuse est considérable. Elle envoie entre les papilles du derme des digitations renfermant des granulations pigmentaires. Plusieurs d'entre ces digitations possèdent dans leur épaisseur d'assez gros blocs de pigment ; d'autres en renferment moins ; peut-être aussi trouve-t-on du pigment dans les espaces intercellulaires. Les cellules du corps muqueux ne sont pas régulières comme à l'état normal.

2° *Derme*. — Les papilles du derme sont hypertrophiées, elles ont doublé ou même triplé de volume et sont constituées par du tissu conjonctif homogène bien coloré par le carmin. Beaucoup d'entre elles renferment des amas de substance pigmentaire. « Le rapport de ces masses pigmentaires, dit Renoul, (1) avec les cellules est fort difficile à préciser ; tantôt elles paraissent manifestement contenues dans une ou plusieurs cellules juxtaposées ; tantôt elles forment des blocs trop gros pour qu'on puisse les

1. Renoul. *Des Epithéliomas développés sur les nævi*. Th. Paris, 1891-92.

croire situées dans l'intérieur d'une cellule. Il faut donc admettre ou qu'il y a du pigment intercellulaire libre dans l'épaisseur du tissu, ou qu'un certain nombre de cellules pigmentées sont accolées pour former une masse unique.

La couche profonde du derme est moins riche en pigment : les corpuscules noirs sont et plus petits et plus disséminés. On en trouve jusqu'à une distance de 300  $\mu$  du sommet des papilles.

Renoul a observé une disposition particulière des corpuscules pigmentaires, sur laquelle il a cru devoir appeler l'attention. Sur un grand nombre de coupes, il a trouvé les granulations pigmentaires en connexion intime avec les vaisseaux, tantôt on les dirait contenues au milieu même des capillaires cutanés, tantôt elles sont plutôt comprises dans l'épaisseur de leur paroi. Il en tire cette conclusion qu'il y a là l'expression d'une lésion vasculaire qui expliquerait la malignité parfois considérable des tumeurs qui se développent dans ces tissus.

Le tissu adipeux qui entoure les glomérules des glandes sudoripares est tantôt très réduit, tantôt totalement disparu. Le calibre du tube est généralement diminué.

Enfin, il peut exister au niveau du derme, une altération qui n'est pas constante (Renoul ne l'a rencontrée que sur un seul nævus) mais sur laquelle il faut insister : c'est la présence de cellules embryonnaires.

Sur le nævus en question, on voyait au-dessus et à la base même des papilles, une zone d'infiltration embryonnaire s'étendant en profondeur jusqu'à une distance de 500  $\mu$ .

La limite inférieure de cette zone est nette et fait suite aux faisceaux conjonctifs normaux ; la limite supérieure est moins régulière : ça et là elle pousse des prolongements jusque dans les papilles, peut-être le long des vaisseaux. Au niveau de la partie supérieure, les éléments de la zone embryonnaire se tassent et présentent à la coupe l'aspect d'un ganglion lymphatique légèrement scléreux.

Dans son épaisseur se voient un grand nombre de fentes vasculaires à parois fort délicates et souvent infiltrées de pigment. On croirait presque, en présence de lésions pareilles, assister à une dégénérescence sarcomateuse.

Telle est, sommairement présentée, la structure intime des nævi. Nous aurons l'occasion d'y revenir dans le chapitre suivant, en parlant des transformations malignes de ces productions et en examinant les diverses théories pathologiques émises par les nombreux auteurs qui se sont occupés de la question.

## DÉGÉNÉRESCENCE MALIGNE DES NŒVI

La dégénérescence maligne des nœvi vasculaires (angiomes cutanés) est exceptionnelle. Malgré quelques faits isolés, Virchow (1) la met en doute : « Naguère, dit-il, on a beaucoup discuté la possibilité de la dégénérescence des télangiectasies en cancers. Les observations des chirurgiens modernes sont peu favorables à cette opinion ».

M. Lancereaux (2) est encore plus affirmatif sur ce point. « Elles n'ont, dit-il, pas plus que les tumeurs conjonctives, de tendance à se transformer en tumeurs malignes, elles ne sont aptes, ni à récidiver, ni à se généraliser, ce qu'on a dit de leur transformation en mélanose n'est pas prouvé ».

Nous croyons que cette opinion est par trop affirmative.

M. Pierre Delbet (3) s'exprime en ces termes : « Un angiome ne peut se transformer en carcinome, aucune parenté n'existant entre ces deux tumeurs. En revanche il est incontestable que l'épithélium qui recouvre l'angiome est dans un état d'irritation qui le rend plus apte

1. Virchow. *Tr. des tumeurs*. T. IV, p. 117.

2. Lancereaux. *Tr. d'anatomie pathologique*.

3. *Loco citato*.

à devenir l'origine d'un épithélioma. Ainsi, aux membres, où les épithéliomas sont rares, on voit quelquefois ces tumeurs se développer sur des angiomes. Le rôle de l'angiome est purement étiologique, comme celui d'une vieille cicatrice ou d'un vieil ulcère. »

Si la question de la transformation maligne du nævus vasculaire est controversée, il n'en est pas de même en ce qui concerne le nævus pigmentaire. Ici, tout le monde est d'accord sur la possibilité et même sur la fréquence relative de cette dégénérescence. Mais la discussion renaît avec la question de savoir laquelle des deux dégénérescences épithéliale ou sarcomateuse est la plus fréquente. Nous y reviendrons dans un instant.

Cliniquement, la transformation maligne du nævus a été observée dès le commencement de ce siècle. La première observation est due à Wardrop (1); elle a trait à une jeune fille de douze ans chez qui un nævus de l'abdomen s'était transformé en fungus hématoïde.

Une observation analogue est publiée quelque temps après par Lawrence (3).

Boyer (3) écrit que si l'on peut voir des nævi vasculaires (?) dégénérer en fungus, ceux-ci ne présentent pas de danger.

Norris (4), se basant sur un cas personnel, insiste sur

1. Wardrop. *Observ. on fungus hem. or doft cancer in sever. of the most import. org. of hum. body.* Edinburg 1809.

2. Lawrence. *Medico chir.; Trans. publ. by med. and surg soc. of London*, 1812.

3. Boyer. *Tr. des mal. chirurg.*, t. II, p. 339.

4. Norris. *Edinb. med and surg. J.* 1820, p. 562.

le rôle de l'hérédité, dans la genèse des tumeurs d'origine nævique.

Breschet (1) admet la possibilité pour les nævi de dégénérer mais seulement si on les irrite.

Jusque-là, la question était très loin d'être élucidée. L'attention générale a été attirée pour la première fois sur la connexion étiologique des mélanoses et des nævi, par Schilling (2) et par David Williams (3). Alibert (4) rapporte plusieurs observations de mélanose généralisée consécutive à un nævus, évoluant depuis des années, sans porter atteinte à la santé générale, Cazenave (5) dans son article sur la mélanose, rappelle trois cas observés par lui, Bégin (6) et Behier (7) rapportent chacun un cas de ce genre. Bégin s'exprime ensuite en ces termes : « Lorsqu'ils (les nævi) existent depuis quelque temps, qu'on les irrite à diverses reprises, qu'on multiplie d'infructueuses tentatives pour les détruire, il est utile de faire remarquer qu'alors la matière cancéreuse semble s'y développer ».

Mais cette étude de la transformation maligne des nævi

1. Breschet. *Dict. de médecine*, t. XV, 1826.

2. Schilling. *De melanosi. Diss. inaug. Wirceburg*, 1821, p. 34 et suiv.

3. David-Williams. *Trans. of the provinc. med and surg. Assoc.* Londres, 1833.

4. Alibert. *Loco cit.*, t. II, p. 231.

5. Cazenave. *Répertoire général de médecine*, art. mélanose.

6. Bégin. *Dict. de médecine et de chirurgie pratiques*, art. nævus.

7. Béhier. *Arch. génér. de médecine*, 1839.

a surtout été poussée très loin par James Paget (1) qui dit : « Parmi les cancers mélaniques qui siègent sous la peau, plus de la moitié ont des relations étroites avec les nævi. Il y a donc dans cette affection congénitale une prédisposition au développement des tumeurs, sans qu'on puisse préciser cependant la nature du processus ». Plus loin il ajoute : « Si un malade présente une tumeur développée soit sur un nævus soit au-dessous, il faut penser au cancer mélanique ».

Pemberton (2), bien qu'il n'eût pas connaissance des observations publiées avant lui, telles que celles de Coelen (1), de H. W. Berend (3), de Troltsch (4), compte pourtant que sur trente-quatre cas de mélanose de la peau et du tissu sous-cutané, quinze provenaient de nævi ou de verrues congénitales ou de leur voisinage.

Puis vinrent les observations de Dolman (5), de Thompson (6), de Bryant (7), de Bruns (8), de Bill-

1. James Paget. *Lectures on surgical pathology*, 1863, vol. II. p. 490. *Medical Times and Gazette*, 1864, t. I.

2. Pemberton. *Obs. on the Hist., Pathol. and Treat. of cancerous diseases. Part. I. Melanosis*. Londres, 1858.

3. Coelen. *Diss. inaug. Harlem*. 1847.

4. H. W. Berend. *Casper's Wochenschrift*, 1849, n° 32.

5. Troltsch. *Ein. Fall von Cancer melan. Inaug. Abh. Augsburg*. 1857.

6. Dolman, *Trans. of the London pathol. Society*, vol. X.

7. Thompson, *Ibid*, vol. XII.

8. Bryant, *Ibid*, vol. XIV. *Guy's Hospital Reports*, 1863.

9. Bruns. *Handb. der prakt. Chir.*, T. I. p. 185.

roth (1), de Langenbeck, (2) de S. Wilks (3), etc.

Tous ces cas, relevant surtout de l'observation clinique, sont désignés sous les dénominations de : Mélanoses, tumeurs mélanotiques, cancers mélaniques, et pour beaucoup d'entre eux, il est impossible de déterminer à quelle catégorie ils ont proprement appartenu. « Mais dit Virchow (4) il n'y a nul doute que ces cas n'appartiennent pas tous à la même catégorie et qu'il y a parmi eux aussi bien des mélano-sarcomes que des mélano-carcinomes. Pour quelques unes de ces observations il est encore aujourd'hui possible de l'établir par les descriptions ».

Avec ce dernier auteur commence pour la dégénérescence maligne des nævi l'ère vraiment scientifique des recherches microscopiques. Mais ici, une question capitale va diviser les auteurs, la question de savoir dans quel sens dégénèrent les nævi, si c'est dans le sens épithélial ou dans le sens du sarcome.

Virchow opine pour le sarcome. « Ce sont, dit-il, ces espèces de verrues et de nævi qui peuvent plus tard se transformer en *sarcomes*, soit parce que des irritations locales continuent à agir sur la partie, comme cela peut arriver par le frottement des vêtements, par le contact avec des substances irritantes, soit parce que des lésions, notamment des plaies, se soient une fois produites, soit sous l'influence d'autres maladies, surtout d'exanthèmes

1. Billroth, *Eintheilung, Diagn. und Progn. der Geschwülste*, p. 37.

2. Langenbeck, *Deutsche Klinik*. 1860.

3. Wilks, *Guy's Hosp. Reports*, 1853.

4. Virchow, *Loco cit.* T. II, p. 255.

aigus et parmi eux, particulièrement de la variole, soit enfin par des causes inconnues jusqu'à présent, dont on accuse ordinairement la constitution. Les verrues charnues simples produisent habituellement de simples sarcomes médullaires ; les verrues charnues colorées au contraire, produisent des mélanosarcomes. Mais tout cela suppose, bien entendu, que c'est d'après les parties colorées, que le nom est surtout choisi.

Si ce mode de développement des sarcomes incolores a échappé le plus souvent à l'attention des observateurs c'est qu'on a séparé généralement les mélanoses des sarcomes et qu'on a considéré beaucoup de sarcomes incolores comme des cancers. Comme, en effet, des végétations cancroïdes naissent aussi des verrues, la distinction est quelquefois assez difficile ».

Le même auteur (1) dit avoir examiné au moins une demi-douzaine de cas de mélanoses provenant de naevi. Le plus grand nombre était des mélanosarcomes, mais quelques-uns étaient positivement des cancers. Ces derniers se distinguaient par une structure alvéolaire extrêmement distincte et des alvéoles remplis de grandes cellules ; les premiers, par contre, (mélanosarcomes) avaient généralement la structure marquée du tissu connectif : des éléments, ou bien très distinctement réticulaires, ou bien fusiformes et fortement développés, avec peu de substance intercellulaire incolore.

L'opinion de Virchow est donc loin d'être absolue. Il admet pour les naevi la possibilité de dégénérer soit en sar-

1. Virchow. *Deutsche Klinik*. 1860. p. 169.

comes, soit en carcinomes tout en considérant la première comme fréquente.

Cornil et Trasbot (1) sur sept faits qu'ils ont examinés au microscope chez l'homme et un grand nombre chez le cheval, ont constamment trouvé la structure du sarcome et pas une seule fois celle du carcinome.

Charles Robin (2) émet une opinion diamétralement opposée: « Les tumeurs épithéliales papilliformes pigmentées, dit-il, qui ont ainsi pour point de départ évolutif et de leur généralisation des verrues colorées et des nævi représentent à peu près la moitié des cas de mélanose, observés.

« Ils offrent la marche et la gravité dues à leur généralisation, propres aux tumeurs épithéliales ; mais toutefois, il n'est pas douteux que suivant les remarques d'Alibert, de Cruveilhier, de Lebert, de Virchow et autres, la présence du pigment mélanique augmente leur tendance à se reproduire sur place après leur ablation et à se généraliser.

Ainsi ces tumeurs sont de nature *épithéliale* et il faut se garder de croire, contrairement à ce qu'avance Virchow, qu'elles sont sarcomateuses, c'est-à-dire fibro-plastiques ou de la nature du tissu cellulaire et que les espèces de verrues et de nævi dont il a été question plus haut se transforment en sarcomes pigmentés ou non, sous l'influence des irritations locales, des exanthèmes, de la variole, etc.

1. *Mémoires de l'académie de médecine*. 1868. T. 28. p. 353.

2. Ch. Robin *Dict. encycl. des Sc. Méd. Art. Mélanos e.*

Il est vrai que, dans bien des cas, surtout lorsqu'elles sont encore petites, non ulcérées, et lorsqu'elles siègent dans des régions où la peau est épaisse, comme à la plante du pied, ces tumeurs ont à l'œil un aspect analogue à celui des tumeurs dites fibro-plastiques ou sarcomateuses ».

Heurtaux (1) se basant sur des observations personnelles et sur celles tirées des auteurs, admet comme les plus fréquentes les tumeurs sarcomateuses.

« L'épithéliome superficiel, dit White (2), débute souvent par une petite production que le malade considère comme un bouton insignifiant, ou peut-être, avec plus de raison, comme une verrue ou un grain de beauté existant depuis une époque dont il n'a plus le souvenir, car cette forme de mal a souvent pour siège et pour origine une de ces inoffensives tumeurs ».

« Les nævus, dit John Wyeth (3) peuvent, sous l'influence d'une irritation, s'enflammer, s'ulcérer, ou se transformer en tumeurs malignes. On a fréquemment décrit des carcinomes, surtout mélaniques, qui s'étaient développés sur un nævus pigmentaire enflammé ».

Vazeilles (4) admet la transformation épithéliale comme plus fréquente. De même Chambard (5), qui crée l'espèce carcinome réticulé qu'il considère comme le type de l'épithéliome consécutif aux productions congénitales.

1. Heurtaux. Dict. Jacoud. Art. *Mélanose*.

2. White. *Encycl. internat. de Chirurgie*. T. II, p. 74.

3. J. Wyeth. *Encycl. intern. de Chir. Ioid.*, p. 474.

4. Vazeilles. Th. Paris 1879.

5. Chambard. *Annales de Dermat. et de Syphiligr.* 1883, p. 67.

Picot (4) est également partisan de la dégénérescence épithéliale.

« L'épithéliome, écrit-il, s'observe souvent à la peau, autour des spili ou grains de beauté, sur les verrues et les nævi vasculaires; il forme ces productions que l'on appelle aussi cancers mélaniques ».

Guibout (1) est du même avis.

Renoul a fait une étude importante de cette question. Il rapporte dans son travail cent vingt-et-une observations de tumeurs développées sur les nævi. Pour cinquante-sept d'entre elles, le diagnostic anatomique est indiqué et l'on trouve quarante-et-un sarcomes et seize épithéliomes. Il est vrai que pour beaucoup d'entre elles, ce diagnostic a été posé à vue d'œil, ce qui naturellement expose à de graves erreurs. Par contre, les observations faites par Renoul dans le laboratoire d'anatomie pathologique de l'école de Nantes, donnent un résultat absolument différent, puisque sur quinze tumeurs développées sur des nævi et examinées au microscope, trois seulement sont des sarcomes. L'examen microscopique a été fait une première fois lors de l'ablation des tumeurs et une seconde fois lors de la confection du travail et le diagnostic primitif a toujours été confirmé. La statistique en question présente donc toutes les garanties d'exactitude possibles et justifie, dans l'espèce, l'assertion de Renoul à savoir que la dégénérescence épithéliale est plus fréquente.

1. Picot. *Les grands processus morbides*. 1874 p. 168.

2. Guibout. *Diagnostic et Trait. des mal. de la peau*. 1885.

Avec Unna commence une nouvelle période dans l'étude des nævi. Elle est basée sur la nature des cellules intradermiques que l'on y trouve.

C'est Geber (1) qui le premier a parlé de ces cellules, les considérant comme des cellules embryonnaires fusi-formes, souvent chargées de pigment.

Demiéville (2) a montré que ces cellules étaient disposées en colonnes ou placées dans des alvéoles, et qu'elles sont échelonnées le long des vaisseaux sanguins dont elles sont sorties, Elles auraient donc, d'après cet auteur une origine vasculaire sanguine.

Reklinghausen (3), en 1882, les considère comme provenant de la prolifération de l'endothélium des vaisseaux lymphatiques, se faisant sous l'influence d'une inflammation. Il en donne pour preuve ce fait que les cellules intradermiques occupent la place des lymphatiques.

Hugues (4) leur trouve un aspect presque épithélioïde et leur assigne pour origine ce tissu conjonctif dermique qui aurait proliféré.

Filaudeau (5) affirme la nature épithéliale des cellules du nævus. « Leur caractère épithélial résulte, dit-il; 1°) de la grosseur de leur nucléole; 2°) de leur disposition en

1. Geber. *Jahresbericht für Derm und syph.*, 1871.

2. Demiéville. *Histopath. der Hautkrank de Unna*, 1894 Art. *Nævus*. N. épithélial de Delbanco. *Monatsh für prakt Dermat.*, 1896 p. 119.

3. Reklinghausen. *Ueber die Multifibrome der Haut* etc. Berlin, 1882.

4. 5. *Loco citato*.

masses compactes ; 3°) de leur ressemblance avec les cellules du corps muqueux de Malpighi.

Dans certains points, ces masses épithéliales paraissent divisées par des cloisons connectives qui leur donnent absolument l'aspect du carcinome réticulé. Ces amas de cellules épithéliales sont très analogues à ceux de l'épithéliome tubulé à petites cellules. Il nous paraît assez légitime d'admettre que ce sont ces éléments qui entraînent, dans certains cas, la transformation de ces néoplasmes en tumeurs malignes, dont la forme est celle du carcinome réticulé ».

Chambard (1), en 1883, ayant examiné une tumeur congénitale non ulcérée, du sillon génito-crural, a constaté au-dessus d'un épiderme absolument sain : 1°) un épithélioma pavimenteux tubulé ; 2°) des cellules épithélioïdes sans substance intercellulaire, logées dans les mailles d'un réticulum.

Nous avons mentionné plus haut la constatation, faite par Renoul, dans le derme d'un nævus pigmentaire, d'un aspect de ganglion lymphatique scléreux.

Les travaux de Unna (2) en 1893 et 1894, ont jeté la plus grande lumière sur l'histologie des nævi.

Cet auteur affirme la nature épithéliale des cellules intradermiques, car il a surpris sur des nævi de nouveaux, tous les stades de leur migration.

1. *Loco citato*.

2. Unna. *Berl. Klin. Woch.*, janvier, 1894. *Histopath., der Hautkrankheiten*, 1894.

Respighi (1), en 1895, décrit avec le plus grand soin les cellules intradermiques qui sont disposées en cordons ou en îlots, mono ou polynucléaires. Il nie leur nature épithéliale et pense qu'elles résultent de la prolifération des éléments conjonctifs du derme. Il est vrai que ces examens n'ont pas porté sur des nævi de nouveau-nés, ce qui ne saurait, par conséquent, contredire les faits observés par Unna.

La même année, Bauer (2) reprend la théorie de Reclmigausen et rejette la théorie épithéliale des cellules intradermiques.

En 1896, Lubarch (3), étudiant des nævi de nouveau-nés, déclare nettement qu'il n'existe aucune relation entre les cellules intradermiques et l'épiderme. Unna (4) lui répond que les formes histologiques qu'il a décrites ne se rencontrent pas chez tous les nouveau-nés et que pour sa part il ne les a observées que cinq fois.

Green (5) combat les idées d'Unna, sous le prétexte qu'il a observé des cellules intra-dermiques non pigmentées alors que les cellules épidermiques étaient bourrées de pigment.

Delbanco (6), en 1896, ayant examiné deux nævi d'en-

1. Respighi. *Giornale ital. delle malattie veneree et della pelle*, 1895.

2. Bauer. *Virchow's Archiv.*, 3 déc. 1895.

3. Lubarsch. *Monatshefte für prakt Dermat.*, 1896.

4. Unna. *Zur epithel. Abkunft der nævuszellen*. *Virchow's Archiv.*, janv. 1896.

5. Green. *Monatshefte*, etc., 1896.

6. Delbanco. Voir Mémoire précédent.

fants, a remarqué : 1° l'active prolifération des cellules épidermiques ; 2° l'invagination dans le derme de cellules néo-formées, sous forme de cylindres ; 3° la disparition graduelle des cellules d'origines épidermiques ; 4° l'isolement des cylindres cellulaires au sein du tissu conjonctif dermique. Ces caractères ont été observés sur les deux nævi, dont un seul était pigmenté.

Kromayer (1), qui, en 1892, était hostile à la théorie de Unna, est revenu sur ses premières assertions et partage complètement les idées de ce dernier auteur.

En résumé, par ce qui précède, on voit que deux théories sont en présence pour expliquer la nature des cellules intra-dermiques des nævi : la théorie conjonctive et la théorie épithéliale.

Tailhefer (voir obs. IV et V) se déclare partisan de la théorie épithéliale. Pour lui, les cellules intra-dermiques, de nature épithéliale, peuvent être logées dans des alvéoles qui ne diffèrent en rien des alvéoles des épithéliomes alvéolaires, témoin l'observation du professeur Audry (voir obs. IV). « Puisque, dit-il, nous admettons la théorie épithéliale, nous devons conclure que la tumeur examinée par M. Audry était un véritable épithélioma alvéolaire, c'est-à-dire un carcinome ». Or, le nævus en question avait un aspect absolument normal et nullement celui d'un épithélioma. Il en arrive à conclure que les nævi possèdent dans leur derme de véritables carcinomes latents, de véritables épithéliomas, qu'il appelle volontiers

1. Kromayer. *Dermatol. Zeitschrift*, sept. 1896.

des épithéliomas histologiques, puisqu'ils n'ont aucun signe clinique.

Unna a publié, en 1897, un mémoire sur la nature épithéliale des cellules des nævi. Nous en donnons ci-contre un résumé.

Les cellules næviques (1) se trouvent dans toutes les « envies molles » en quantité très variables ; elles se présentent sous forme de blocs compacts, de sphères ou de cordons, mais rarement à l'état isolé. Elles sont nues, plongées directement et sans l'intermédiaire d'une membrane d'enveloppe, dans le tissu conjonctif de la peau, qui est relativement normal, quoique pauvre en fibres élastiques.

Deux caractères permettent de distinguer ces cellules, surtout dans la région superficielle, où elles sont moins serrées les unes contre les autres. C'est d'abord leur forme sphérique et la grosseur considérable de leur noyau ; et ensuite l'absence complète de tissu conjonctif intermédiaire quand elles sont réunies en amas. Ces deux caractères rapprochent considérablement les cellules næviques des épithéliums.

Par contre, deux caractères les en distinguent :

D'abord leur protoplasma ne se colore pas par le bleu de méthylène ; et ensuite les fibres épithéliales leur manquent absolument. Donc, si les cellules næviques ont des épithéliums pour origine, il faut admettre qu'elles ont en partie modifié leurs caractères morphologiques : elles res-

1. Unna. *Die epitheliale Natur der Nävuszellen in Deutsche Medizin. Zeitung*, 1897 p. 505.

semblent moins aux épithéliums de revêtement qu'aux épithéliums glandulaires.

S'il est impossible de tirer de leurs caractères histologiques une conclusion formelle au point de vue de leur nature, il n'en est pas de même si l'on s'adresse à l'histoire de leur développement. Et nous trouvons ici une réponse explicite à notre question.

Les cellules næviques ne sont vraiment pas autre chose que des cellules épithéliales, qui se sont séparées de la masse et qui se sont enfouies dans le tissu conjonctif. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à examiner les nævi chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, et l'on saisit sur le fait le processus de cette séparation. On observe là trois temps différents et faciles à différencier :

1° Une prolifération épithéliale ;

2° Une métaplasie épithéliale, c'est-à-dire, une modification de structure et de coloration du protoplasma cellulaire ;

3° La séparation de ces cellules épithéliales et leur enfouissement dans le tissu conjonctif de la peau.

Chacune de ces trois étapes peut être plus ou moins longue, plus ou moins nette, plus ou moins accentuée. De leurs variations, de leurs combinaisons, naissent ces formes si variées des nævi de l'enfance.

La prolifération épithéliale est seule indépendante des autres facteurs. La métaplasie évolue à peu près parallèlement à la séparation, et est probablement la cause déterminante de cette dernière.

En ce qui concerne la nature des tumeurs développées

sur des nœvi, Unna (1), en 1893 et 1894, a trouvé dix carcinomes alvéolaires sur soixante-dix cancers de la peau, les dix étaient alvéolaires. Il en a conclu que ces épithéliomas provenaient du développement des cellules intra-dermiques.

Tailhefer pense que les nœvi et les tumeurs qui s'y développent sont des épithéliomas. Pour lui, le sarcome mélanique de la peau n'existe pas. Seulement, les cellules intradermiques n'ont pas toujours la forme épithéliale : elles peuvent ressembler aux cellules sarcomateuses, ce qui explique les erreurs commises. Cornil et Trasbot avaient d'ailleurs, dès 1868, signalé la possibilité de cette confusion.

Quant à admettre l'évolution possible de ces cellules épithéliales dans le sens du sarcome (Kromayer), l'hypothèse va à l'encontre de la théorie de la spécificité cellulaire soutenue par Bard et admise par la plupart des anatomo-pathologistes.

Devant des opinions aussi différentes et émanant de personnes dont la compétence est indiscutable, nous n'osons conclure.

1. Unna. *Nœvi und Nævo carcinome. Berl. Klin. Woch.*, janvier 1893.

## ÉTIOLOGIE

*Age et sexe.* — L'importance de ces deux facteurs étiologiques ressort des deux tableaux suivants que nous empruntons au travail de Renoul :

| Age                  | Sexe non |        |         |       |
|----------------------|----------|--------|---------|-------|
|                      | Hommes   | Femmes | Indiqué | Total |
| Au-dessous de 11 ans | 0        | 0      | 0       | 0     |
| de 11 à 20 ans       | 1        | 0      | 0       | 1     |
| de 21 à 30 ans       | 2        | 0      | 0       | 2     |
| de 31 à 40 ans       | 4        | 5      | 0       | 9     |
| de 41 à 50 ans       | 0        | 6      | 0       | 6     |
| de 51 à 60 ans       | 2        | 4      | 0       | 6     |
| de 61 à 70 ans       | 0        | 3      | 0       | 3     |
| Age non indiqué      | 1        | 1      | 2       | 4     |
| Total                | 10       | 19     | 2       | 31    |

Dans ce tableau, qui porte comme on le voit sur 31 cas d'épithéliomes développés sur des nævi, on voit que le sexe féminin est de beaucoup le plus atteint. Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cette prédilection ; aucune d'elles n'est satisfaisante.

La statistique nous apprend autre chose. Les deux sexes ne sont pas atteints aux mêmes âges ; les tumeurs

se montrent chez l'homme avant trente ans, tandis qu'on ne les voit pas chez la femme à cette période de la vie.

Le maximum de fréquence a lieu, chez l'homme de 31 à 40 ans; chez la femme, un peu plus tard, de 41 à 50 ans.

Les âges extrêmes sont pour l'homme 20 et 56 ans; pour la femme 31 et 68 ans. Chez celle-ci, l'âge moyen est 49 ans; pour celui-là de 33 ans. L'homme est donc plus tôt atteint que la femme.

Le deuxième tableau porte un total de 39 cas de sarcomes :

| Age             | Sexe non  |           |          | Total     |
|-----------------|-----------|-----------|----------|-----------|
|                 | Hommes    | Femmes    | indiqué  |           |
| Avant 10 ans    | 1         | 1         | 1        | 3         |
| de 11 à 20 ans  | 2         | 0         | 0        | 2         |
| de 21 à 30 ans  | 3         | 3         | 0        | 6         |
| de 31 à 40 ans  | 4         | 1         | 0        | 5         |
| de 41 à 50 ans  | 1         | 7         | 0        | 8         |
| de 51 à 60 ans  | 3         | 4         | 0        | 7         |
| de 61 à 70 ans  | 2         | 3         | 0        | 5         |
| de 71 à 80 ans  | 1         | 0         | 6        | 1         |
| Age non indiqué | 1         | 1         | 0        | 2         |
|                 | <u>18</u> | <u>20</u> | <u>7</u> | <u>39</u> |

Ce tableau nous montre que pour les sarcomes, comme pour les épithéliomes, le maximum de fréquence a lieu au même âge. Seulement, les sarcomes se voient aux âges extrêmes de la vie : 0 année et 75 ans pour l'homme ; 0 année et 68 ans pour la femme. La moyenne

est ici aussi plus basse chez l'homme que chez la femme : 38 ans contre 45.

Enfin, un troisième tableau, dressé par Renoul, est plus intéressant en ce qu'il montre le rapport des tumeurs mélaniques, primitives, et de celles qui se sont développées sur des nævi, au point de vue de l'âge. Pour cela, ce dernier auteur s'est servi de la statistique de Dieterich (1) qui porte sur toutes les tumeurs sans distinction d'origine. Il est arrivé aux résultats suivants :

| Age            | Tum. primitives | Tum. d'origine nævique |
|----------------|-----------------|------------------------|
| de 0 à 10 ans  | 4               | 2                      |
| de 11 à 20 ans | 2               | 7                      |
| de 21 à 30 ans | 7               | 17                     |
| de 31 à 40 ans | 17              | 20                     |
| de 41 à 50 ans | 21              | 16                     |
| de 51 à 60 ans | 24              | 17                     |
| de 61 à 70 ans | 17              | 12                     |
| de 71 à 80 ans | 2               | 4                      |
|                | 94              | 95                     |

Ce qui nous montre que le maximum des tumeurs mélaniques, primitives, a lieu de 51 à 60 ans, tandis que pour les tumeurs développées sur les nævi, ce maximum s'observe de 31 à 40 ans. D'où la conclusion que la présence d'un nævus rend l'apparition des tumeurs mélaniques plus précoce, sans qu'on puisse dire au juste pourquoi.

1. Dieterich. *Ein Beitr. zur Statistik und Klin. Bdent. Melanot. Geschwülste Arch. für Klin. Chir.*, Berlin, 1887, p. 289.

*Traumatisme.* — Le traumatisme a été signalé par quelques auteurs : les malades accusent quelquefois le frottement des vêtements, les grattages, un choc, une égratignure : l'influence de ces traumatismes est discutable.

Il n'en est pas de même de l'influence des interventions thérapeutiques dont les nævi peuvent être l'objet, qu'il s'agisse des substances caustiques ou du bistouri. Les cas ne sont pas rares de ces nævi qui, ayant été irrités par quelques-unes de ces manœuvres, ont pris tout à coup un développement considérable, subissant la dégénérescence maligne et parfois jusqu'à la généralisation. C'est pour cela que ces nævi, ces verrues, avaient été désignés par les anciens cliniciens sous le nom de : *Noli me tangere*. La malade qui fait l'objet de notre deuxième observation en est un exemple frappant. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce point, à propos du traitement.

L'influence des maladies générales, des exanthèmes, tels que la variole, est admise par Virchovo. Quant à l'hérédité, elle joue probablement le même rôle que dans le développement des néoplasies en général.

Le siège du nævus ne paraît pas favoriser le développement des tumeurs, on en a rencontré dans toutes les régions ; le maximum de fréquence a été observé à la tête et au tronc.

## SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Nous ne voulons tracer dans ce chapitre que l'histoire des *nœvi* dégénérés. L'évolution du *nœvus* en tant que malformation congénitale n'a rien de bien particulier et sortirait d'ailleurs du cadre que nous nous sommes tracé.

Mais auparavant, nous voudrions dire un mot de l'ulcération qui peut s'observer au niveau des *nœvi*-capillaires des enfants et spécialement, des enfants nouveau-nés. Nous en empruntons la description à un récent article de Paget (1).

L'ulcération commence généralement au centre du *nœvus*. Elle peut être considérée comme spontanée, car très souvent aucune raison traumatique ou autre ne peut l'expliquer. Cette ulcération est superficielle, indolente ; il s'en échappe une sérosité visqueuse. Puis, à un moment donné, elle se dessèche et s'encroûte. S'il y a un plexus veineux sous-jacent au *nœvus*, on peut y observer de la thrombose.

Généralement, l'ulcération est de bon augure et annonce la guérison du *nœvus* par rétraction cicatricielle, il suffit alors de la tenir propre et de la protéger contre les traumatismes extérieurs. Mais il peut arriver que le processus

1. J. Paget. *Ulcération of nœvi* *The Lancet*, 1890. T. III p. 1027.

ulcératif soit rapide et envahissant, de façon à laisser une perte de substance profonde et à porter atteinte à l'état général. Quelquefois il aboutit à une terminaison fatale.

Paget, cite à l'appui de ces faits trois observations. La première a trait à un enfant syphilitique âgé d'une semaine. Cet enfant portait un angiome qui occupait à peu près toute la moitié droite de la face. Vers le troisième ou le quatrième jour de la naissance, cet angiome se mit à s'ulcérer ; la perte de substance envahit l'orbite, détruisit le globe de l'œil et l'enfant mourut avant le quinzième jour.

La seconde observation se rapporte à un enfant âgé de six semaines qui était venu au monde avec un nævus lui couvrant tout un côté du cou, depuis l'oreille jusqu'à l'épaule. Le nævus s'ulcéra en deux endroits, donnant lieu à un écoulement abondant de sérosité visqueuse. Les ulcérations s'étendirent rapidement ; l'enfant se cachectisa et mourut.

Enfin, dans la troisième observation, il s'agit d'un enfant nouveau-né, porteur d'une tache rouge au dessous du menton. Trois semaines après, la tache s'ulcéra ; l'ulcération détruisit le plancher de la bouche et l'enfant ne tarda pas à succomber.

Ces complications terribles sont heureusement rares. Il était bon cependant de les signaler.

Lorsque la dégénérescence d'un nævus est sur le point de se faire, on peut observer, au niveau de la lésion, des phénomènes qui doivent attirer l'attention du clinicien.

Il est alors en droit de soupçonner une transformation maligne et de ce soupçon, doit naître une intervention

qui, souvent, pourra se faire dans de très bonnes conditions. « Les verrues charnues colorées, dit Virchow, aussi bien que les incolores, deviennent le siège de sensations particulières de piqure de morsure, ou d'ardeur, en même temps que de rougeur et de chaleur, et si le *nœvus*, est très étendu, le siège de sécrétions spéciales (1).

En tout cas, leur développement ultérieur, plus malin, est ordinairement précédé d'une démangeaison, d'un picotement ou d'une cuisson qui pousse les malades à frotter ou à gratter la partie malade, quelquefois jusqu'à se faire saigner et s'y donner une érosion. A ce moment de la croissance, on trouve une prolifération nucléaire et cellulaire très étendue qui suit l'arrangement préexistant des éléments et reproduit quelquefois très exactement les longues traînées ou le réseau des corpuscules du tissu connectif ».

Paget écrit que lorsque la dégénérescence doit se faire, tantôt l'augmentation se fait en surface : la tache alors s'étend et se surélève ; tantôt il n'y pas d'extension en surface mais le développement se fait en champignon pouvant être sessile ou pédiculé.

Quoi qu'il en soit du processus du début, le fait pour un *nœvus* d'être intact ou ulcéré n'est pas sans influencer sur le développement ultérieur de la tumeur qui s'y est installée.

Si le *nœvus* est intact, la tumeur s'accroît lentement et des années peuvent s'écouler avant que l'ensemble du

1. Duimoulin. *Bull. de la Faculté et de la Société de méd.* 1810. p. 24.

nœvus ait subi la dégénérescence. Si, au contraire, la surface du nœvus s'est ulcérée, le développement est plus rapide et les tissus sains avoisinants sont plus vite envahis. Le pronostic doit donc varier suivant que l'on se trouve en présence de l'un ou de l'autre de ces deux processus.

L'aspect du nœvus ainsi transformé est variable à l'infini.

La coloration est généralement noire, tirant plus ou moins sur le bleu ou sur le violet. Quelquefois cependant, la tumeur n'a rien qui la distingue des autres tumeurs cutanées.

Le volume est également très variable. On peut s'en convaincre en lisant les observations. Celle de Capitan (1) a trait à un épithéliome de la nuque, gigantesque, ayant vingt-trois centimètres de diamètre.

La forme de la tumeur n'obéit à aucune règle fixe. Tantôt c'est une plaque légèrement surélevée; tantôt c'est une véritable tumeur, pouvant être sessile ou pédiculée. Celle de notre seconde observation avait la forme typique d'un gros champignon rattaché à la peau par un pédicule court et gros. Tantôt, enfin, le malade se présente au moment où le néoplasme a déjà ravagé les tissus sous-jacents et l'on se trouve alors en présence d'une vaste cavité anfractueuse.

Tout au début, la tumeur est purement cutanée et n'offre aucune connexion avec les plans profonds. Plus

1. Capitan. *Bull. de la Soc. Anat.*

tard l'envahissement se fait, non seulement en profondeur, mais en surface.

Notons que chez la malade de notre observation n° II, on voyait tout autour de la tumeur, trois ou quatre plaques noires, ardoisées, incrustées dans une peau intacte.

La tumeur saigne facilement. Ce sont ces hémorrhagies qui, par leur fréquence peuvent inquiéter les malades et, les porter à consulter le médecin. Tel était le cas chez nos deux malades. Outre l'hémorrhagie, on constate quelquefois de la suppuration.

La tumeur ainsi définie peut évoluer longtemps sur place ; mais, à un moment donné, se fait l'envahissement ganglionnaire qui vient aggraver le pronostic. Nos deux malades présentaient, chacune, sous une aisselle, une masse ganglionnaire, ayant tous les caractères de l'adénopathie, que l'on observe dans les néoplasmes du sein. L'opération a bien montré d'ailleurs, dans les deux cas, la nature néoplasique des ganglions, dans le deuxième cas surtout le fait que les ganglions, le grand pectoral, et, le tissu cellulaire ambiant étaient infiltrés de masses pigmentaires, prouvait bien l'origine nœvique (dégénérée) de l'adénopathie.

Cette adénopathie est d'abord libre, mobile ; puis elle adhère à la peau et aux tissus voisins et enfin, si on la laisse évoluer, elle ulcère les téguments et reproduit dans la région, une tumeur ayant les mêmes caractères que la tumeur primitive.

La généralisation dans les tumeurs mélaniques d'origine nœvique est rare et précoce. Quand elle a commencé, elle se fait avec une rapidité que rien n'égale et qui

fait de ces tumeurs le prototype des tumeurs malignes. On a attribué cette malignité spéciale à la présence du pigment.

Nous ne savons si cela est vrai, mais ce qui est certain, c'est qu'il y a des tumeurs mélaniques, dont l'évolution a été bénigne. Le pigment ne suffit donc pas à conférer la malignité. A ce propos, rappelons la disposition particulière, observée par Renoul, des granulations mélaniques dans les parois des vaisseaux du *nœvus*, disposition qui pourrait peut-être expliquer la généralisation rapide.

Le siège de la tumeur et l'âge des malades ne paraissent pas avoir d'influence sur la généralisation. Il n'en serait pas de même du sexe : la généralisation serait bien plus fréquente chez l'homme.

Outre la peau et les ganglions, l'organe le plus souvent envahi par la généralisation mélanique est le foie ; puis viennent le système nerveux, les poumons, les reins, les muscles, la rate, le corps thyroïde, et, en dernier lieu, le péricarde et le cœur.

*Diagnostic.* — Le point capital du diagnostic, c'est de savoir à quel moment précis un *nœvus* subit la transformation maligne. On conçoit l'importance, au point de vue de l'intervention, de ce diagnostic.

La chose n'est pas toujours facile ; nous avons parlé des phénomènes subjectifs accusés par les malades et qui s'observent avant toute modification dans l'aspect du *nœvus*. Mais ces signes sont loin d'être constants ; ils varient suivant les malades. Que le chirurgien doive en tenir compte, s'ils existent, cela ne fait de doute pour

personne; mais ils peuvent manquer, et alors nous ne possédons aucun élément de diagnostic précis.

Il n'en est pas de même lorsque le nœvus a subi des modifications dans son aspect. Alors si le diagnostic est, encore hésitant, on ne peut s'empêcher de soupçonner une dégénérescence maligne et agir en conséquence. On pourrait, à la rigueur, faire la biopsie de la lésion : détacher un fragment et l'examiner au microscope.

L'envahissement des ganglions est très important. Ils constituent un élément de quasi-certitude.

Lorsque le néoplasme cutané a revêtu tous ses caractères, comme dans notre deuxième observation, alors le diagnostic ne présente aucune difficulté.

Quant au diagnostic différentiel de la nature du néoplasme, il n'est souvent pas possible à la simple inspection; il ne présente d'ailleurs aucune importance, la gravité étant la même dans les cas d'épithéliome ou de sarcome.

## TRAITEMENT.

Il vaut mieux prévenir que guérir, dit un vieil adage populaire : et de fait, s'il existait une thérapeutique quelconque permettant d'empêcher la dégénérescence maligne des nœvi, il n'est pas douteux qu'il faudrait l'employer dans tous les cas, pour soustraire les porteurs de ce genre de tumeurs aux dangers auxquels ces dernières les y exposent. Malheureusement cette thérapeutique nous fait défaut, et seule l'ablation pure et simple du nœvus met le sujet à l'abri d'une dégénérescence ultérieure.

Est-ce à dire pour cela que toutes les « envies », tous les papillomes plus ou moins pigmentaires, que l'on rencontre si souvent à tous les âges de la vie, mais principalement chez les petits enfants, doivent être extirpés hâtivement ? Il serait puéril de se montrer aussi radical, alors que l'expérience de chaque jour nous montre l'immense quantité de sujets porteurs de nœvi, en parfaite santé et nullement incommodés par leurs tumeurs.

Cependant si le nœvus, de par son siège, est susceptible d'être soumis à des causes d'irritation quelconques, à plus forte raison s'il est une cause de gêne, l'ablation en devra être faite : nous savons que les causes d'irritation ne sont probablement pas sans influence sur la dégé-

nérescence de nævi. Parfois l'on verra chez de tous jeunes sujets, les nævi subir un accroissement très rapide : il sera sage alors d'arrêter ce développement inquiétant en extirpant la tumeur.

De nos jours, où les opérations sanglantes s'effectuent dans des conditions de sécurité pour ainsi dire absolue, il semble qu'on ne doit avoir recours qu'au bistouri pour la suppression de ces tumeurs. Cependant, en raison de leur volume souvent minime, en raison des craintes qu'inspire aux familles l'idée d'une opération, on peut être autorisé à détruire ces tumeurs par l'application d'un caustique, tel que la pâte de Neime, la pâte de Canquoin etc. Dans ce cas, il est bon de prévenir le malade que ce genre de traitement, long et douloureux, laisse toujours après lui une cicatrice difforme et laide.

Le nævus a-t-il commencé à subir une dégénérescence maligne? C'est ici que nous devons nous montrer interventionniste plus radical. L'incision large au bistouri ou aux ciseaux courbes est la seule chance de guérison que l'on puisse donner aux malades. Nous savons bien que des tumeurs malignes ont pu évoluer si lentement que leurs porteurs sont morts à un âge avancé et de tout autre chose que de la tumeur qu'ils avaient depuis de longues années : l'observation de M. Lucas-Championnière en est un exemple et la vieille théorie du « *noli me tangere* » était basée d'une part sur des observations de ce genre, et d'autre part sur le danger réel des interventions incomplètes. Mais s'il faut se montrer radical dans l'extirpation des tumeurs malignes limitées et chez des sujets jeunes, que dire des tumeurs très étendues,

de ces larges épithéliomas de la face, par exemple, développés sur de larges nœvi, et chez des sujets souvent fort avancés en âge ? Ce sera au médecin à discuter les avantages de l'intervention et ceux de l'abstention. S'il se décide pour l'incision large, si la réunion ne peut être obtenue, les greffes de Thiersch délicates, difficiles, peuvent être d'un grand secours pour la réparation.

Les ganglions devront être soigneusement examinés et extirpés s'ils sont atteints par le processus néoplasique. Mais il est de toute évidence que leur envahissement assombrit au plus haut point le pronostic opératoire : il peut même être une contre-indication opératoire, surtout si le siège de ces ganglions dégénérés rend leur ablation impossible.

Le pronostic opératoire est d'ailleurs, en dehors même du retentissement ganglionnaire, des plus sombres : les récidives, cicatricielles ou lymphatiques, sont des plus fréquentes, même dans les cas où la tumeur paraissait avoir été enlevée très largement. Mais ces échecs ne doivent pas nous détourner de l'intervention : à défaut de cure radicale, la question de la survie est à envisager, et il semble vraiment que dans beaucoup de cas elle intervienne d'une façon assez nette.

## CONCLUSIONS

I. — La transformation maligne des nævi vasculaires est extrêmement rare.

II. — Celle des nævi pigmentaires est, par contre, relativement plus fréquente.

III. — Cette transformation peut se faire aussi bien du côté de l'épithélioma que du côté du sarcome.

IV. — En ce qui concerne la nature des nævi pigmentaires, deux théories sont en présence : la théorie conjonctive de Reklinghausen et la théorie épithéliale de Unna.

V. — Les nombreux travaux de ce dernier auteur, confirmés par les récentes recherches, nous portent à adopter la théorie épithéliale.

VI. — Nous ne nous croyons néanmoins pas autorisés à rejeter les cas de transformation maligne en sarcomes des nævi. Les observations nous en paraissent probantes.

VII. — Quant au traitement nous croyons qu'au moindre soupçon de dégénérescence, il faut intervenir et faire une ablation aussi complète que possible du mal.

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I (personnelle)

**Nœvus ulcéré du dos. Transformation maligne (sarcome).  
Adénopathie axillaire. Ablatione).**

La nommée G..., Marie, couturière, âgée de 48 ans, entre à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le Dr Reclus, le 17 novembre 1897, salle Chassagnac n° 10.

On ne note rien, ni dans ses antécédents personnels ni dans ses antécédents héréditaires, en particulier aucune tare cancéreuse dans sa famille.

Il y a environ douze ans, la malade s'était aperçue de la présence dans la région thoracique latérale droite, un peu au-dessous de l'angle de l'omoplate, d'une petite saillie noirâtre, du volume d'une pièce de deux francs (1). Cette saillie avait persisté sans subir dans son aspect aucune modification jusqu'il y a dix-huit mois, époque à laquelle elle s'est mise à grossir, s'est ulcérée et a été le siège de petites hémorragies. Ce sont ces hémorragies qui par leur fréquence et leur abondance ont ins-

1. Il est probable que le nœvus était congénital et que, étant donnée sa situation, il avait passé inaperçu. Peut-être a-t-il brusquement grossi à un moment donné et a-t-il ainsi attiré l'attention de la malade.

piré de vives inquiétudes à la malade et l'ont décidée à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on constate dans la région précitée, la présence d'une tumeur faisant saillie sur la peau avoisinante.

C'est une tumeur oblongue, ayant environ sept centimètres de long sur quatre ou cinq centimètres de large. La coloration est noire, légèrement violacée. Prise entre les deux doigts, elle ne présente aucune induration. La palpation est d'ailleurs à peine douloureuse. La surface de la tumeur est ulcérée et ce sont ces ulcérations qui donnent lieu aux petites hémorrhagies que provoque l'examen. De plus la surface est légèrement enflammée et suppure quelque peu.

Dans l'aisselle correspondante (aisselle droite) on trouve une petite masse ganglionnaire dure, légèrement sensible à la palpation et dont le début, au dire de la malade, remonterait à la date de l'ulcération de la tumeur.

Dans l'aisselle gauche, on trouve tout en haut, au sommet, un ou deux petits ganglions.

L'état général de la malade est satisfaisant. Elle dit n'avoir pas maigri dans ces derniers temps.

On porte alors le diagnostic d'angiome veineux ulcéré et on se demande s'il n'est pas en voie de transformation maligne. Quant aux ganglions axillaires droits, on pouvait émettre sur leur nature deux hypothèses : ou bien ils étaient purement inflammatoires, les ulcérations de la tumeur ayant servi de porte d'entrée aux microbes ordinaires de la suppuration ; ou bien, l'angiome aurait subi la dégénérescence maligne et les ganglions auraient participé au processus néoplasique. Dans le premier cas, l'ablation de la tumeur devrait les faire disparaître ; dans le deuxième cas, il faudrait, si l'on songe à l'abla-

tion de la tumeur, pratiquer en même temps leur extirpation, comme on le fait dans un cancer du sein.

*Opération.* — L'opération est pratiquée le 19 novembre, par M. Reclus. Tout autour de la tumeur, on pratique une injection circulaire de cocaïne qui circonscrit bien le champ opératoire.

La tumeur est enlevée en plein tissu cellulaire, ce qui ne donne lieu à aucune hémorrhagie. La plaie est suturée et pansée à plat.

Le pansement est défait le huitième jour de l'opération. La plaie était à peu près complètement cicatrisée.

Quant aux ganglions de l'aisselle droite, on ne constate, à leur niveau, aucune régression : ils persistent avec leur dureté spéciale. (Les ganglions de l'aisselle gauche paraissent un reste d'un abcès du sein correspondant que la malade avait eu quelques années auparavant).

Le 29 novembre, les ganglions restant les mêmes, on conclut à leur nature néoplasique et on décide d'en pratiquer l'excision.

Le 1<sup>er</sup> décembre, la plaie opératoire qui avait été en si bonne voie de guérison, se rouvre et suppure.

La deuxième opération est pratiquée par M. J.-L. Faure, le 3 décembre. On fait le curage de toute l'aisselle. La masse ganglionnaire, le grand pectoral, et même le tissu cellulaire, sont farcis de masses de pigment noir.

La plaie est drainée. Elle suppure, et un mois après cette deuxième opération, la malade quitte l'hôpital.

Le nœvus enlevé avait été examiné par M. Lenglet, interne du service, qui y avait trouvé la structure du sarcome mécanique.

La même constatation a été faite pour les ganglions de l'ais-

selle enlevés. D'ailleurs, la présence des amas pigmentaires non seulement dans ces ganglions, mais aussi dans les tissus avoisinants, prouvait bien que la dégénérescence du nævus avait envahi ces régions.

#### OBSERVATION II (personnelle).

**Nævus ulcéré du dos. Transformation maligne (sarcome). Adénopathie axillaire. Ablation.**

La nommée P., Marie, domestique, âgée de 35 ans, entre à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. le Dr Reclus le 19 novembre 1897, salle Chassagnac, n° 11.

On ne note rien dans les antécédents soit héréditaires soit personnels de la malade.

Il y a environ trois ans (1), elle s'est aperçue, dans le dos, de la présence d'une grosse tache noire qui était située sur la ligne médiale et qui faisait légèrement saillie.

Il y a quatorze mois, la tache s'est mise à grossir ce qui a décidé la malade à venir à la consultation de chirurgie de Laënnec, où M. le Dr Villemin en pratique l'excision. L'examen microscopique n'a pas été fait à ce moment là ; mais, pendant que la cicatrisation de la plaie suivait son cours, l'externe chargé des pansements s'est aperçu du développement de quelques bourgeons charnus qui augmentant progressivement de volume, ont abouti à la formation de la grosse tumeur que la malade présente actuellement.

En effet, à l'examen, on constate sur le dos, exactement sur

1. Nous faisons ici la même remarque que pour la première malade.

la ligne médiane et au niveau de la huitième vertèbre dorsale, une tumeur ayant la forme d'un gros champignon. Cette tumeur est ulcérée et sa surface saigne et suppure assez abondamment. Elle est large, étalée, mesurant près de 9 centimètres de diamètre, mais un examen plus soigné permet de trouver un gros pédicule, assez court, ayant près de 4 à 5 centimètres de diamètre.

La tumeur est exclusivement cutanée : elle glisse, très facilement sur les plans sous-jacents avec lesquels elle n'a aucune connexion.

Tout autour de la tumeur, dans la peau, on aperçoit trois ou quatre plaques noires, lisses, non saillantes. On en voit également sur la surface même de la tumeur ulcérée.

La palpation est peu douloureuse.

Dans l'aisselle du côté gauche, on trouve quelques ganglions petits, mobiles, isolés. Il n'en est pas de même de l'aisselle droite où la palpation décèle une masse ganglionnaire dure, ayant tout à fait l'aspect et la consistance des adénopathies qu'accompagnent des néoplasmes du sein.

L'état général de la malade laisse beaucoup à désirer. Elle raconte qu'elle a maigri sensiblement depuis quelques mois.

Etant donnés l'aspect et surtout la pédiculisation de la tumeur, on porte le diagnostic de : sarcome mélanique de la peau du dos. On fait de la masse ganglionnaire de l'aisselle droite, une adénopathie de dégénérescence. Quant aux ganglions de l'aisselle gauche, on admet la possibilité d'une adénopathie purement inflammatoire, mais cela sous toutes réserves.

Pour ce qu'il en est du diagnostic rétroactif, on émet l'hypothèse d'un *nœvus* (vasculaire ou pigmentaire) auquel le traumatisme opératoire aurait donné de coup de fouet.

*Opération.* — L'opération est pratiquée le 22 novembre. La malade est endormie à l'éther. La tumeur du dos est enlevée et, pour combler la large perte de substance qui en résulte, on fait une suture en étoile.

Ensuite, par une incision parallèle au bord inférieur du grand pectoral, on extirpe la masse ganglionnaire de l'aisselle droite.

L'examen des pièces est confié à M. Lenglet qui confirme pleinement le diagnostic clinique.

La malade a quitté l'hôpital six semaines après. Les plaies n'étaient pas totalement fermées.

### OBSERVATION III

**Nœvus de la moitié de la face. Dégénérescence cancéreuse. Longue survie.** (Observation due à l'obligeance de M. le Dr Lucas-Championnière (1).

Cette observation a trait à un paysan, qui portait un nœvus énorme, lui couvrant la moitié droite de la face, et qui lui avait valu dans le pays le surnom de « berger rouge ».

Vers 1862, (le malade avait alors près de soixante ans), une ulcération apparaît sur le nœvus, un peu au-dessous de la paupière inférieure.

Malgré les conseils de personnes qui étaient d'avis d'opérer, un vieux médecin de la localité se refusa à toute intervention.

L'ulcération s'agrandit progressivement et finit par ravager

1. L'observation a été reconstituée de mémoire ; aussi nous pardonnera-t-on son manque de précision. Elle n'est pas moins instructive pour cela.

à peu près toute la surface occupée par le nœvus, sans porter cependant aucune atteinte à l'état général du malade. Celui-ci porta ainsi son concroïde pendant plus de vingt ans et mourut âgé de plus de quatre-vingts ans.

#### OBSERVATION IV

**Nœvi carcinome de la joue d'un adulte (1) (observation d'Audry rapportée par Tailhefer).**

Il s'agit d'une petite tumeur grosse comme un haricot, enlevée à la joue d'une femme de 30 ans. Cette tumeur était congénitale, non pigmentée. Depuis quelques temps, elle avait pris du volume et devenait parfois le siège de phénomènes irritatifs (croûtes). Au moment de notre examen elle était recouverte par une croûte : celle-ci enlevée, on voyait que la surface de la tumeur était superficiellement érodée. M. le professeur Audry porta le diagnostic d'épithélium glandulaire de la peau et incisa la tumeur. Des coupes de la pièce ont été faites et colorées au bleu polychrome de Unna.

Voici le résultat de l'examen histologique pratiqué par M. le professeur Audry.

1° *Epiderme*. — L'épiderme est normal. Les cellules malpighiennes sont bordées de pigments.

2° *Derme*. — On voit des alvéoles circonscrits par de minces cloisons conjonctives. Ils contiennent des cellules petites, sans forme bien nette, très serrées et comme aplaties par pression. Les alvéoles sont cloisonnés par de fines travées conjonctives

1. *Journal des mal. cutanées et syphil.*, 1897, p. 129.

munies de cellules. Il n'est pas possible de distinguer l'existence d'un endothélium, tandis qu'on retrouve facilement celui des lacunes lymphatiques qui avoisinent la lésion. Il semble que dans certains points, le tissu conjonctif cloisonnant envoie, comme de très minces prolongements dans l'atmosphère des cellules qui remplissent les alvéoles. Ces cellules, dans bien des cas, semblent pousser des prolongements et il existe évidemment entre elles une substance intercellulaire. Elles sont étrangères à la paroi, car l'alcool les a fortement rétractées.

Les alvéoles carcinoïdes ont leur maximum de développement à peu près au-dessous de l'épiderme ; ils n'en sont séparés que par une mince couche de tissu conjonctif normal. On les retrouve jusqu'au-dessous de l'insertion de la papille des poils. Autour des alvéoles se trouve un tissu réticulé dont les mailles, provenant de la dissociation du tissu conjonctif, contiennent de petites cellules rondes. Au-dessous de l'insertion de la papille des poils, on voit apparaître des signes d'inflammation caractérisée par l'infiltration embryonnaire très serrée.

La malade n'a pas eu de récidence.

#### OBSERVATION V

Noeuvus pigmentaire du dos. Irritation de ce noeuvus par un processus inflammatoire, Epithélioma mélanique des ganglions de l'aisselle du côté du noeuvus.

(Observation de Jeannel rapportée par Tailhefer (1).

Il s'agit d'un homme de 45 ans, cultivateur, domicilié dans un village des Hautes-Pyrénées, dont les antécédents personnels

1. *Ibid*, p. 146.

et héréditaires ne présentent pas d'intérêt pour la question qui nous occupe. Nous allons les signaler cependant, mais succinctement, pour que notre observation soit complète.

Père, mère et sœurs goitreux. Hémorroïdes qui n'ont saigné qu'une fois, à 22 ans, et qui ont guéri depuis ; deux angines, l'une à 27 ans, l'autre à 35 ans.

Pendant six ans, de 29 à 35 ans, troubles gastriques suivants : douleur au creux épigastrique, s'irradiant sur toute la face antérieure de la région épigastrique et du thorax, se produisant longtemps après les repas. Pas de vomissements. Langue saburrale. Pendant 2 ans, de 33 ans à 35 ans, ictère peu intense qui provoquait de vives démangeaisons sur tout le corps, sauf sur le dos où siégeait le nœvus. Cet ictère et ces troubles gastriques ont cédé à la suite de l'application d'un vésicatoire sur la région hépatique. Tel est le passé de notre malade et il ne nous paraît pas avoir de relation avec les lésions que nous allons étudier.

Il y a 10 mois environ, un nœvus pigmentaire situé sur la face postérieure gauche du thorax, sur une ligne passant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et tout près de la colonne vertébrale, a été le siège d'une hémorrhagie. Quelques jours après cette hémorrhagie, deux tumeurs apparurent l'une à côté et à gauche du nœvus, l'autre dans l'aisselle gauche.

Elles ont complètement différé l'une de l'autre par leurs symptômes et leur évolution. La tumeur dorsale démangeait ; la tumeur axillaire ne gênait que par son volume. La tumeur dorsale acquit rapidement des dimensions considérables, puis elle s'affaissa et devint toute petite. La tumeur axillaire a grossi peu à peu, restant indolente jusqu'au moment où devenue volumineuse, elle comprima quelques filets nerveux et

cette compression devait être minime, puisque la tumeur l'était aussi, apparaissant très irrégulièrement. Enfin, il y a 6 mois, tout le système pileux de notre malade, qui était brun, a blanchi sans cause appréciable et d'une façon progressive. Quant à l'état général il est toujours resté excellent. L'examen du malade nous fait voir un *nœvus* pigmentaire plat, de petites dimensions et d'aspect normal, au lieu que nous avons indiqué. A côté de lui siègent deux petites tumeurs adhérentes à la peau, qui est rouge.

L'une de ces tumeurs, la plus voisine du *nœvus*, a le volume d'une amande très aplatie ; l'autre située plus en dehors sur la ligne horizontale à l'angle de l'omoplate, ressemble à une fève. Ces deux tuméfactions paraissent être de nature inflammatoire. Dans l'aisselle gauche, sur la partie inférieure du bord antérieur du pectoral, nous trouvons une tumeur grosse comme une orange, très dure, bosselée non douloureuse, très mobile, non adhérente à la peau qui est sillonnée par des veines dilatées et présente trois petites zones rouges. Immédiatement au-dessous de la partie inférieure de cette tumeur, nous touchons une petite tumeur très mobile, adhérente à la peau. En faisant un palper attentif de la grosse tumeur axillaire, il nous semble qu'elle est constituée par deux lobes réunis par un cordon peu épais : l'un de ces lobes est dans l'aisselle, nous l'avons déjà décrit ; l'autre plonge profondément dans le creux axillaire ; il a le volume d'une pomme.

En outre nous remarquons que notre malade porte autour du cou un collier de taches pigmentaires ; il ne peut nous donner sur elles aucun renseignement car il ignorait leur existence. L'examen des viscères reste négatif. Il n'y a pas de mélanine dans l'urine. L'acuité usuelle est de  $\frac{2}{3}$  pour l'œil droit et de 1

pour l'œil gauche. Le fond de l'œil est normal. Pas de dyschromatopsie, le champ visuel est normal.

Toutes les tumeurs de notre malade ont été extirpées par M. le professeur Jeannel le 14 novembre 1896.

*Examen macroscopique.* — Le nœvus paraît être normal. La plus petite des tumeurs dorsales contient du pus. La paroi, qui est épaisse, a l'aspect du tissu lardacé. La grosse tumeur dorsale a une épaisse paroi fibreuse et contient une sorte de bouillie couleur chocolat. La tumeur du creux axillaire a une paroi épaisse et renferme un liquide noirâtre et des débris de tissu ressemblant au contenu de la grosse tumeur dorsale.

Mais cette sorte de bouillie est moins épaisse. Le cordon qui relie les deux tumeurs axillaires à la coloration des muscles, il est très dur et mesure 8 centimètres de longueur sur 2 de largeur.

La grosse tumeur axillaire est constituée par deux énormes ganglions.

La coupe de l'un de ces ganglions a l'aspect d'un ganglion caséeux ; la coupe de l'autre est semblable à celle de la grosse tumeur dorsale.

La petite tumeur qui était au-dessous de la grosse tumeur axillaire, a la même structure macroscopique que la grosse tumeur dorsale.

Dans le tissu cellulo-graisseux adhérent aux tumeurs axillaires, nous trouvons quelques petits ganglions, les uns très durs et pleins, les autres kystiques.

*Examen microscopique.* — 1° du nœvus pigmentaire. Epiderme normal. Dans l'étage moyen du derme on voit des infiltrats cellulaires dont les bords ne sont pas limités, constitués par de

petites cellules rondes, qu'il ne paraît pas possible de distinguer morphologiquement des lymphocytes.

De ces infiltrats émanent des traînées de cellules semblables, dirigées tantôt parallèlement, tantôt perpendiculairement à l'épiderme. Il n'y a plus d'infiltrat cellulaire dans la portion glandulaire du derme. Ces infiltrats sont disséminés au sein d'un tissu conjonctif nettement adulte qui est un peu condensé à leur voisinage. Ils sont caractérisés par la présence de la matière mélanique qui est disposée en blocs, en grains ou en travées et paraît être le plus souvent extra-cellulaire. Malgré toute l'attention avec laquelle on examine les cellules de l'infiltrat, il est impossible d'y reconnaître une forme et une apparence bien définies. Toutes, ou presque toutes, sont petites, irrégulièrement arrondies, extrêmement pauvres en protoplasma et presque remplies par leur noyau. Ça et là au pourtour de l'infiltrat et même dans l'infiltrat, quelques cellules présentent la forme allongée, effilée et la coloration rouge (par le bleu polychrome) des cellules isoplastiques (Mastzellen).

Dans les couches les plus profondes de l'hypoderme, on retrouve de loin en loin, des travées de petites cellules semblables à celles de l'infiltrat, emportées par les lymphatiques et dont quelques unes charrient des grains mélaniques.

*Examen de la petite tumeur et de la grosse tumeur du dos :*  
paroi d'abcès.

*Examen de la paroi du kyste de l'aisselle (tumeur du creux axillaire) :* structure d'un ganglion lymphatique envahi par la métastase épithéliomateuse, avec une gaine fort épaisse de tissu conjonctif portant des traces d'inflammation très manifeste.

*Examen du cordon qui reliait les deux tumeurs axillaires :*  
Vaisseaux sanguins normaux. Lacunes lymphatiques très dé-

veloppées. Cylindres de cellules inflammatoires autour de tous les vaisseaux.

*Examen du gros ganglion de l'aisselle.* — Ganglion envahi par un épithélioma d'origine cutanée. Dans le stroma conjonctif, on aperçoit de la matière mélanique, placée en dehors des cellules inflammatoires. Dans quelques points on trouve de petites nappes absolument continues, constituées par des cellules à peu près claires, bien nucléées, dépourvues de points de Schultze et présentant manifestement toute l'apparence des nappes épithéliales d'origine cutanée. Dans ces cellules, on distingue, avec la plus grande netteté, la présence de granulations mélangées, en particulier de petits blocs mélaniques.

*Examen du petit ganglion de l'aisselle.* — Ganglion envahi depuis peu de temps par un épithéliome d'origine cutanée.

---

Vu par le président de thèse

CORNIL

Vu par le Doyen

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA. — Traité des tumeurs, T. II
- P. DELBET. — Tr. de chir. de Le Dentu Delbet. T. I, p. 451.
- HUGUES. — Les nævi pigmentaires. Th. Paris, 1889-1890.
- FILAUDEAU. — Th. Paris, 1892-1893.
- DE AMICIS. — Il movimento medico-chir. Napoli, 1875.
- GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Histoire génér. et partic. des anomalies, etc, 1832.
- ALIBERT. — Monogr. des dermatoses. T. II, p. 729.
- LABOULBÈNE. — Th. inaug. Paris, 1854.
- GEBER. — In Rev. des sc. méd., 1875.
- GALLIARD. — Annales de dermat. et de syphilgr. 1880. n° 3.
- RENOUL. — Th. Paris, 1891-1892.
- VIRCHOW. — Tr. des tumeurs, T. IV.
- LANCEREAUX. — Tr. d'anat. pathologique.
- WARDROP. — Observ. on fungus hem. etc. Edimburg. 1809.
- LAWRENCE. — Médico-chir. Trans. publ. par la med. and surg. soc. of London, 1812.
- BOYER. — Tr. des mal. chir et des opér. qui leur conviennent. T. II. p. 339.
- NORRIS. — Edimb. med. and surg. Journal 1820, p. 562.
- BRESCHET. — Dict. de médecine. T. XI.
- SCHILLING. — Dissert. inaug. Wurtzburg. 1821, p. 34.
- WILLIAMS (D.) — Trans. of the provinc. med and surg. Assoc. 1833.

- CAZENAVE. — Répertoire gén. de médecine. Art. mélanose.
- BEGIN. — Dict. de méd. et de chir. pratiques. Art. Nævus.
- BÉHIER. — Arch. gén. de méd., 1839.
- PAGET (J.). — Lectures on surgical pathology, 1863, vol. II,  
p. 490.
- Med. Times and Gazette, 1864. Janvier.
- The Lancet, 1890, t. II.
- PEMBERTON. — Obs. on the histol. pathol., etc. Part. I. Melanosis, 1858.
- COELEN. — Desi. inaug. Harlem, 1847.
- BEREND. Casper's Woch., 1849.
- TROLTSCH. — Inaug. Abhandl. Augs., 1857.
- DOLMAN. — Trans. of the London pathol. Soc. vol. X.
- THOMPSON. — Ibid., vol. XII.
- BRYANT. — Ibid., vol. XIV.
- Guy's Hosp. Reports, 1863.
- BRUNS. — Handb. der prakt. chir. T. I, p. 185.
- BILLROTH. — Eintheil, Diagn. und Progn. der Geschwülste,  
p. 37.
- LANGENBECK. — Deutsche Klinik, 1830.
- WILKS (S.). — Guy's Hqsp. Reports, 1853.
- VIRCHOW. — Deutsche Klinik, 1860.
- CORNIL et TRASBOT. — Mém. de l'Acad. de méd., 1868. T. 28,  
p. 355.
- ROBIN (CH.). — Dict. Dechambre. Art. Mélanose.
- HEURTAUX. — Dict. Jaccoud. Art. Mélanose.
- WHITE. — Encycl. internat. de chir. T. II, p. 74.
- WYETH. — Ibid., p. 474.
- VAZEILLES. — Th. Paris, 1879.
- CHAMBARD. — Ann. de Dermat., 1883, p. 67.
- PICOT. — Les grands processus morbides, 1874.
- GUIBOUT. — D. et Trait. des mal. cut., 1885.

DEMIEVILLE. — Histopath. der Hautkrank. de Unna. Art. Nævus.

— Monatshefte f. prakt. Derm., 1896, p. 119.

REKLINGHAUSEN. — Ueber der mult. fibrom der Haut. etc., 1882.

UNNA. — Berl. Klin. Woch. janvier 1893.

— Histopath. der Hautkrank, 1894.

— Zur epithel. Abk. Virchow's Arch., 1896.

— N. und Nævocarcinome. Berl. Klin. Wochensch, 1893.

— Die épithel. Natur der Nævuszelle. Deut. Medizinische Zeit, 1897.

RESPIGHI. — Giorn. ital. delle mal. vener. 1895.

BAUER. — Virchow's Arch., 1895.

LUBARSCH. — Monatshefte, etc. 1896.

GREEN. — Monatshefte, etc., 1896.

DELBANCO. — Monatshefte (voir Demieville).

KROMAYER. — Derm. Zeitschrift, sept. 1896.

TAILHEFER. — Journ. des mal. cutanées. 1897.

DIETERICH. — Arch. fur Klin. Chir. 1887, p. 289.

DUMOULIN. — Bull. Fac. et Soc. de méd. 1810.

CAPITAN. — Bull. Soc. Anat. 1877.

## TABLE DES MATIÈRES

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| Introduction . . . . .                    | 7  |
| Etude d'ensemble des nævi. . . . .        | 9  |
| Etude histologique du nævi. . . . .       | 17 |
| Dégénérescence maligne des nævi . . . . . | 22 |
| Etiologie . . . . .                       | 38 |
| Symptômes et diagnostic. . . . .          | 42 |
| Traitement. . . . .                       | 49 |
| Conclusions . . . . .                     | 52 |
| Observations . . . . .                    | 53 |
| Bibliographie. . . . .                    | 66 |









